

## あいおいホームグループホーム英田重要事項説明書

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

### 目 次

|    |                                  |       |
|----|----------------------------------|-------|
| 1  | 事業所主体                            | 2     |
| 2  | 事業所の概要                           | 2     |
| 3  | 事業の目的と運営方針                       | 2     |
| 4  | 職員の勤務体制                          | 3     |
| 5  | 利用者の状況                           | 3     |
| 6  | サービスの概要                          | 3     |
| 7  | サービスの利用料金                        | 4～7   |
| 8  | サービスの利用方法について                    | 7     |
| 9  | 利用に当たっての留意事項                     | 8     |
| 10 | 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）計画 | 8     |
| 11 | 非常災害対策                           | 8     |
| 12 | 衛生管理                             | 8     |
| 13 | 事故発生時の対応方法                       | 9     |
| 14 | 緊急時の対応方法                         | 9     |
| 15 | 協力医療機関等                          | 9     |
| 16 | 秘密の保持                            | 10    |
| 17 | 身体拘束等について                        | 10    |
| 18 | 運営推進会議の概要                        | 10    |
| 19 | 高齢者虐待防止                          | 11    |
| 20 | 苦情相談窓口                           | 11    |
| 21 | 第三者評価実施状況について                    | 11    |
|    | 重度化対応・看取り介護指針                    | 12～13 |
|    | 説明及び同意の確認                        | 14    |
| 参考 | 個人情報利用同意書                        | 15    |

## 1 事業主体

|              |                                  |
|--------------|----------------------------------|
| 事業主体（法人名）    | 株式会社 シンシア                        |
| 法人の種類        | 株式会社                             |
| 代表者（役職名及び氏名） | 代表取締役 島田夏代                       |
| 法人所在地        | 〒577-0826<br>東大阪市大蓮北2丁目1-27      |
| 電話番号及びFAX番号  | 電話 06-4308-4850 FAX 06-4308-4870 |
| 設立年月日        | 平成21年7月1日                        |
| 法人の理念        | まごころ、ふれあい、助け合い                   |

## 2 事業所の概要

### ① 事業所の名称等

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| 事業所の名称       | 認知症高齢者あいおいホームグループホーム英田                        |
| 事業所の責任者（管理者） | 大野寿子                                          |
| 開設年月日        | 平成26年10月1日                                    |
| 介護保険事業者指定番号  | 東大阪市指定 2795000500                             |
| 事業所の所在地      | 〒578-0982 東大阪市吉田本町1丁目5-26<br>日常生活圏域 第3圏域 英田圏域 |
| 電話番号及びFAX番号  | 電話 072-943-2671 FAX 072-943-2672              |
| 交通の便         | 近鉄けいはんな線吉田駅 徒歩約12分<br>近鉄奈良線東花園駅 徒歩約15分        |
| 敷地概要・面積      | 都市計画法による第2種高層住居専用地域 敷地面積：727.75㎡              |
| 建物概要         | 構造：鉄骨造り3階建て 延べ床面積：1108.06㎡                    |
| 損害賠償責任保険の加入先 | 損害保険ジャパン株式会社                                  |

### ② 主な設備

|      |                            |
|------|----------------------------|
| 定員   | 18名（全室個室1人部屋）              |
| 居室面積 | 9.49～9.61㎡                 |
| 食堂   | 1階2階各41.2㎡（一人当たり4.57㎡）     |
| 居間   | 1階2階各37.8㎡（一人当たり4.2㎡）      |
| トイレ  | 2階 車椅子対応トイレ2箇所 トイレ1箇所 計3箇所 |
|      | 3階 車椅子対応トイレ2箇所 トイレ1箇所 計3箇所 |
| 浴室   | 2階 11.34㎡（機械浴）             |
|      | 3階 8.50㎡（3方向介助対応）          |

## 3 事業の目的と運営方針

|       |                                                                                                                                                                                             |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 認知症を患う方にもう一つの我が家をご提供し、地域に根差した家庭的なケアの下で、自立した尊厳ある生活をご支援させていただきます。                                                                                                                             |
| 運営方針  | 福祉事業の一端を担う者としての自覚を持ち、介護保険法をはじめ、高齢者保健福祉関連法及び日本国憲法等の法令を遵守することにより、利用者の人権と尊厳を尊重し、利用者の満足を追求します。また、よりよい介護サービスの提供を心掛け、不適切な介護サービスの提供を回避します。開かれた事業所として、地域社会への貢献と環境への配慮に重きを置く企業倫理の遂行によって、社会的責任を果たします。 |

#### 4 職員勤務の体制

##### ① 職員配置状況

(令和8年8月1日現在)

| 職名    | 資格                | 常勤 | 非常勤 | 兼務の別 | 合計  | 職務内容                                                                 |
|-------|-------------------|----|-----|------|-----|----------------------------------------------------------------------|
| 管理者   | ヘルパー2級            | 1名 | —   | 有    | 1名  | 介護従業者及び業務の管理                                                         |
| 計画作成者 | 介護支援専門員、<br>介護福祉士 | —  | 1名  | —    | 1名  | 認知症対応型共同生活介護計画、<br>介護予防認知症対応型共同生活<br>介護計画の作成、入浴・排泄・食<br>事等生活全般に係わる援助 |
| 介護従事者 | 看護師<br>准看護師       | —  | 1名  | —    | 1名  | 健康管理（訪問看護ステーション<br>と医療連携）                                            |
|       | 介護福祉士             | 1名 | 2名  | —    | 3名  | サービス計画に基づき、入浴・排<br>泄・食事等生活全般に係わる援助                                   |
|       | 実務者研修             | 1名 | —   | —    | 1名  | サービス計画に基づき、入浴・排<br>泄・食事等生活全般に係わる援助                                   |
|       | ヘルパー2級<br>初任者研修   | 1名 | 1名  | —    | 2名  | サービス計画に基づき、入浴・排<br>泄・食事等生活全般に係わる援助                                   |
|       | 認知症介護基<br>礎研修     | 2名 | 2名  | —    | 4名  | サービス計画に基づき、入浴・排<br>泄・食事等生活全般に係わる援助                                   |
| 合計    |                   | 6名 | 7名  | —    | 13名 |                                                                      |

##### ② 主な職種の勤務の体制

| 職種  | 勤務体制       | 職種    | 勤務体制                                                      |
|-----|------------|-------|-----------------------------------------------------------|
| 管理者 | 9:00～18:00 | 介護従事者 | 昼間の体制<br>日勤 9:00～18:00 4名<br>夜間の体制<br>夜勤 17:00～翌 10:00 2名 |

#### 5 利用者の状況（令和8年8月1日現在）

| 登録者数  | 18名（男性 8名 女性 10名）                                                          |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| 要介護度別 | 要支援2： 0名      要介護1： 1名<br>要介護2： 4名      要介護3： 6名<br>要介護4： 5名      要介護5： 2名 |

#### 6 サービスの概要

|          |                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------|
| 食 事      | 朝食：午前7時～ 昼食：午後12時～ 夕食：午後5時～                                |
| 入 浴      | 週に2回以上入浴していただきます。                                          |
| 生活相談     | 日常生活に関することなどについて相談できます。                                    |
| 機能訓練     | 利用者の状況に応じた機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するように努めます。                     |
| 健康管理     | 血圧測定、体温測定等、利用者の健康状態の把握に努めます。                               |
| 介 護      | 利用者の状況に応じ、衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身等の適切な介助を行います。                   |
| レクリエーション | 草花を育てたり、歌を歌ったり、手作り小物を作ったり、ご近所を散歩したり、その他入居した方のリクエストにお答えします。 |

#### 7 サービス利用料金

##### ① 保険給付サービス利用料金

|          |                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------|
| 保険給付サービス | 要介護度別に応じて定められた金額（省令により変更あり）から介護保険給付額を除いた金額が利用者負担額になります。 |
|          | 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。          |
|          | 月途中から入居また退居した場合には、入居また退居した期間に応じて日数分の料金をお支払いいただきます。      |

◎認知症対応型共同生活介護費・短期利用共同生活介護費

|       | 基本単位 | 利用料     | 利用者負担額 |         |         |
|-------|------|---------|--------|---------|---------|
|       |      |         | 1 割負担  | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 要介護 1 | 753  | 7,868 円 | 787 円  | 1,574 円 | 2,360 円 |
| 要介護 2 | 788  | 8,234 円 | 824 円  | 1,647 円 | 2,470 円 |
| 要介護 3 | 812  | 8,485 円 | 849 円  | 1,697 円 | 2,546 円 |
| 要介護 4 | 828  | 8,652 円 | 866 円  | 1,730 円 | 2,596 円 |
| 要介護 5 | 845  | 8,830 円 | 883 円  | 1,766 円 | 2,649 円 |

|      |       | 基本単位 | 利用料      | 利用者負担額 |          |          |
|------|-------|------|----------|--------|----------|----------|
|      |       |      |          | 1 割負担  | 2 割負担    | 3 割負担    |
| 短期利用 | 要介護 1 | 781  | 8, 161 円 | 816 円  | 1, 632 円 | 2, 448 円 |
|      | 要介護 2 | 817  | 8, 538 円 | 854 円  | 1, 707 円 | 2, 561 円 |
|      | 要介護 3 | 841  | 8, 789 円 | 879 円  | 1, 758 円 | 2, 637 円 |
|      | 要介護 4 | 858  | 8, 966 円 | 897 円  | 1, 793 円 | 2, 689 円 |
|      | 要介護 5 | 874  | 9, 133 円 | 913 円  | 1, 827 円 | 2, 740 円 |

◎介護予防認知症対応型共同生活介護費・介護予防短期利用認知症対応型共同生活介護費

|       | 基本単位 | 利用料     | 利用者負担額 |         |         |
|-------|------|---------|--------|---------|---------|
|       |      |         | 1 割負担  | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 要支援 2 | 749  | 7,827 円 | 783 円  | 1,565 円 | 2,348 円 |

|            | 基本単位 | 利用料     | 利用者負担額 |         |         |
|------------|------|---------|--------|---------|---------|
|            |      |         | 1 割負担  | 2 割負担   | 3 割負担   |
| 短期利用 要支援 2 | 777  | 8,119 円 | 812 円  | 1,624 円 | 2,436 円 |

- ※ 身体拘束廃止に向けての取り組みとして、身体拘束適正化の指針整備や適正化委員会の開催、定期的な職員研修の実施などを行っていない場合は、上記金額の 90/100 となります。
- ※ 夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準を満たさない場合は、上記の 97/100 となります。
- ※ 利用者について、病院又は診療所に入院する必要生じた場合であって、入院後 3 月以内に退院することが明らかに見込まれる場合であって、退院後再び当該指定（介護予防）認知症対応型共同生活介護事業所に円滑に入居できる体制を確保している場合に、1 月に 6 日を限度として 246 単位（利用料 2,570 円、1 割負担：257 円 2 割負担：514 円 3 割負担：771 円）を算定します。

## ② 加算料金

|                      | 基本<br>単位               | 利用料                 | 利用者負担      |            |            | 算定回数等                                                              |
|----------------------|------------------------|---------------------|------------|------------|------------|--------------------------------------------------------------------|
|                      |                        |                     | 1 割負担      | 2 割負担      | 3 割負担      |                                                                    |
| 認知症行動・心理症状緊急<br>対応加算 | 200                    | 2,090 円             | 209 円      | 418 円      | 627 円      | 1 日つき (7 日を限度)<br>(短期利用の場合のみ)                                      |
| 若年性認知症者受入加算          | 120                    | 1,254 円             | 126 円      | 251 円      | 377 円      | 1 日につき                                                             |
| 認知症専門ケア加算 (Ⅰ)        | 40                     | 418 円               | 42 円       | 84 円       | 126 円      | 1 日につき                                                             |
| 看取り介護加算              | 72                     | 752 円               | 76 円       | 151 円      | 226 円      | 死亡日以前 31 日<br>以上 45 日以下                                            |
|                      | 144                    | 1,504 円             | 151 円      | 301 円      | 452 円      | 死亡日以前 4 日 以<br>上 30 日以下                                            |
|                      | 680                    | 7,106 円             | 711 円      | 1,422 円    | 2,132 円    | 死亡日の前日及び<br>前々日                                                    |
|                      | 1280                   | 13,376 円            | 1,338 円    | 2,676 円    | 4,013 円    | 死亡日                                                                |
| 初期加算                 | 30                     | 313 円               | 32 円       | 63 円       | 94 円       | 1 日につき                                                             |
| 医療連携体制加算 (Ⅰ) ★       | 39                     | 407 円               | 41 円       | 82 円       | 123 円      | 1 日につき                                                             |
| 医療連携体制加算 (Ⅱ) ★       | 49                     | 512 円               | 52 円       | 103 円      | 154 円      | 1 日につき                                                             |
| 医療連携体制加算 (Ⅲ) ★       | 59                     | 616 円               | 62 円       | 124 円      | 185 円      | 1 日につき                                                             |
| 医療連携体制加算             | 37                     | 387 円               | 39 円       | 78 円       | 117 円      | 1 日につき                                                             |
| 認知症対応型入院時費用          | 246                    | 2,571 円             | 257 円      | 514 円      | 771 円      | 1 日につき月 6 日限度                                                      |
| 退去時相談援助加算            | 400                    | 4,180 円             | 418 円      | 836 円      | 1,254 円    | 1 回につき                                                             |
| 科学的介護推進体制加算          | 40                     | 418 円               | 42 円       | 84 円       | 126 円      | 1 月につき                                                             |
| 介護職員処遇改善加算 (Ⅱ)<br>イ  | 所定単<br>位数の<br>202/1000 | 左記の単位<br>数×地域区<br>分 | 左記の<br>1 割 | 左記の<br>2 割 | 左記の<br>3 割 | 基本サービス費に各<br>種加算・減算を加えた<br>総単位数。<br>(所定単位数)<br>※介護職員処遇改善<br>加算を除く。 |

- ※ ★については、介護予防認知症対応型共同生活介護での算定はできません。
- ※ 認知症行動・心理症状緊急対応加算は、医師が、認知症の行動・心理症状を認められるため、在宅での生活が困難であり、緊急に当事業所を利用することが適当であると判断した利用者に対して、サービスを提供した場合に、入居を開始した日から 7 日間を限度として算定します。
- ※ 若年性認知症利用者受入加算は、若年性認知症 (40 歳から 64 歳まで) の利用者を対象に指定 (介護予防) 認知症対応型共同生活介護を行った場合に算定します。
- ※ 看取り介護加算は、看取りに関する指針を定め、利用者又は家族の同意のもと、医師、看護師等多職種共同にて介護に係る計画を作成し、計画に基づき利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるように支援した場合に算定します。
- ※ 初期加算は、当事業所に入居した日から 30 日以内の期間について算定します。
- ※ 医療連携体制加算は、当事業所の従業員若しくは病院や訪問看護ステーション等との連携により看護師を配置し、24 時間の連絡体制や利用者が重篤化した場合の指針を定めるなどにより、利用者の日常的な健康管理や医療ニーズに対して適切な対応が取れる体制を整備している場合に算定します。
- ※ 退去時相談等援助加算は、利用期間が 1 月を超える利用者が退去し、居宅にて居宅サービス等を利用する場合に、退去後の各サービスについての相談援助を行い、利用者の同意を得て退去後 2 週間以内に市町村等に介護状況を示した文章を添えて各サービスに必要な情報を提供した場合に算定します。
- ※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとの ADL 値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を認知症対応型共同生活介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

- ※ 介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員処遇改善加算は、介護職員等の処遇改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。介護職員等ベースアップ等支援加算、介護職員処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。
- ※ 地域区分別の単価（5級地 10.45 円）を含んでいます。
- ※ 利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合、上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

③ その他のサービス利用料金

以下の金額は利用料金の全額が利用者の負担になります。ただし、当ホームでは通年1か月を30日とみなして月単位で徴収しています

|         |                                                                                                                                                                                                                           |    |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 日常生活費   | 理美容代                                                                                                                                                                                                                      | 実費 |
|         | おむつ代                                                                                                                                                                                                                      | 実費 |
|         | その他（生活用具）代                                                                                                                                                                                                                | 実費 |
| 食材料費    | 普通食・キザミ食<br>朝食 100 円 昼食 250 円 おやつ 50 円 夕食 400 円 計 800 円<br>（月 24,000 円）<br>ペースト食・ミキサー食・ゼリー食は、1 日 1,000 円<br>（月 28,000 円～31,000 円）                                                                                         |    |
| 家 賃     | 1 日 2,000 円（月 60,000 円）<br>（積算方法）施設整備費+建物補修費/15 年/18 人/12 月<br>且つ、近隣同サービス施設の平均額との調和を考慮しました。ただし、当ホームは社会貢献の一環として、生活保護世帯への減免制度を採用しており、その際 1 日 1,267 円（1 月 38,000 円）と定めています。                                                  |    |
| 管理運営諸経費 | 1 日 1,000 円（実費）（月 30,000 円）<br>（内訳）施設維持費として、エレベーター保守点検費用、自家発電機保守点検費用、厨房機械点検費用、電気ガス水道及び消防関係保守点検費用、自動車保守点検及び諸経費、その他安全保持必要経費、運営諸経費として、事務費、共用保険料等。ただし、当ホームは社会貢献の一環として、生活保護世帯への減免制度を採用しており、その際 1 日 600 円（1 月 18,000 円）と定めています。 |    |
| 水道光熱費   | 1 日 700 円（実費）（月 21,000 円）<br>（内訳）施設必要高熱水費見積月額¥400,000 の内、施設負担分¥22,000 を除いた額を 18 人に等分した額。                                                                                                                                  |    |
| 敷 金     | 150,000 円<br>契約終了時に原状回復費、廃品処分費、滞納金等に充当後、無利息返還します。解約時（退去時）、既に利用料の滞納時等に充てた場合や、原状回復費用が敷金を上回った場合は、その差額分をお支払頂きます。                                                                                                              |    |

#### ④ 利用料金の支払い方法

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用料、その他の費用の支払い | <p>敷金は、ご契約締結時までのお支払いとなります。</p> <p>利用料、その他の費用は、サービス提供月ごとに計算し、利用月ごとの合計金額によりご請求いたします。</p> <p>請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに、利用者様宛にお届けします。</p> <p>敷金は、入居日までに事業者指定口座への振り込みとさせていただきます。</p> <p>利用料、その他費用は、請求付きの 28 日までに、下記の方法によりお支払いください。</p> <p><u>自動口座振替、振込、現金収納</u></p> <p>※ただし、振替の場合は事務手続きの都合上、初回月のみ事業者指定口座への振込みとさせていただく場合があります。</p> |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

#### ⑤ 入退居時等の費用徴収について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入退居時等の費用徴収の詳細 | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 月途中での、入退居した場合の入退居月の取扱い<br/>家賃・管理運営諸経費・光熱水費・食材料費は、日割りで請求します。</li> <li>● 入院・外泊期間の取扱い<br/>入院又は外泊の初日及び最終日を除き、光熱水費は請求しませんが、<u>家賃及び管理運営諸経費は、入院又は外泊期間中であってもお支払い頂きます。</u>食材料費は、食事を提供した分日割りで請求します。ただし、当ホームは社会貢献の一環として、生活保護世帯への減免制度を採用しており、その際、家賃は 1 日 1,267 円 (1 月 38,000 円) と定めています。</li> </ul> |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 8 サービスの利用方法

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| サービスの利用開始 | <p>まずは、お電話でお申込みください。当施設の職員がお伺いいたします。</p> <p>※居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| サービスの終了   | <p>ア お客様のご都合でサービスを終了する場合<br/>退所を希望する日の 30 日前までにお申し出ください。</p> <p>イ 自動終了<br/>以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ お客様が他の介護保険施設に入所した場合</li> <li>・ 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）もしくは要支援 1 と認定された場合</li> <li>・ お客様が亡くなられた場合</li> </ul> <p>ウ その他</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、サービス契約終了の 30 日前に文書で通知し、退所いただく場合があります。</li> <li>・ お客様が病院に入院し、明らかに 3 ヶ月以内に退院できる見込がない場合又は入院後 3 ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合</li> </ul> |

## 9 利用にあたっての留意事項

|       |                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------|
| 面会    | 面会時間 午前9時～午後6時<br>(来訪者が宿泊する場合は、必ず許可を得てください。)                      |
| 外出・外泊 | 外出の際には、必ず行き先と帰宅時間を職員に申し出てください。<br>外泊の際には、必ず行き先と外泊先の電話番号を申し出てください。 |

## 10 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）計画

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）について | <ul style="list-style-type: none"> <li>●認知症対応型共同生活介護（介護予防認知症対応型共同生活介護）サービスは、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、利用者一人一人の人格を尊重し、利用者がそれぞれの役割を持って、家庭的な環境の下で日常生活を送ることができるよう配慮してサービスの提供に努めます。</li> <li>●利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、他の介護従事者と協議の上、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容等を記載した認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護計画（サービス計画）を作成いたします。</li> <li>●事業所の計画作成担当者は、利用者の状況に合わせて適切にサービスを提供するために、利用者と協議のうえでサービス計画を定め、また、その実施状況を把握し、常に評価を行い、必要に応じてサービス計画の変更見直しをいたします。<br/>サービス計画の内容及び評価結果等は書面に記載して利用者に説明のうえ交付します。</li> </ul> |
| サービス提供に関する記録について                   | サービス提供に関する記録は、その完結の日から5年間保管します。<br>また、利用者又は利用者の家族はその記録の閲覧が可能です。<br>複写の交付については、実費をご負担いただきます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## 11 非常災害時の対策

|                    |                                   |
|--------------------|-----------------------------------|
| 非常災害時の対応方法         | 株式会社シンシア 消防計画、災害対策マニュアルに準じます。     |
| 平常時の訓練等            | 株式会社シンシア 消防計画、災害対策マニュアルに準じます。     |
| 消防計画等              | 消防署への届け出日 平成26年8月20日<br>防火管理者 内梨翼 |
| 防犯防火設備<br>避難設備等の概要 | 株式会社シンシア 消防計画、災害対応マニュアルに準じます。     |

## 12 衛生管理

|            |                                                                                                         |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 衛生管理       | 指定認知症対応型共同生活介護の用に供する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水について、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講じます。<br>また、空調設備により適温の管理にも努めます。       |
| 感染症及び食中毒対策 | 事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように必要な措置を講じます。<br>食中毒及び感染症の発生を防止するための措置等について、必要に応じて保健所の助言、指導を求めると共に、常に密接な連携に努めます。 |

### 1 3 事故発生時の対応方法

|                      |                                                                                                                                                             |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事故発生時の対応方法及び損害賠償について | 認知症対応型共同生活介護所が利用者に対して行うサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また認知症対応型共同生活介護事業所が利用者に対して行ったサービスの提供により、損害賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。 |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 1 4 緊急時の対応方法

|                          |                                                                                            |                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 事故発生時や利用者の体調悪化時の緊急時の対応方法 | サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡いたします。 |                                              |
| 協力医療機関                   | 1 5 協力医療機関等参照                                                                              |                                              |
| 主治医                      | 利用者の主治医                                                                                    | 夫 恩澤                                         |
|                          | 所属医療機関名                                                                                    | 白心メンタルクリニック                                  |
|                          | 所在地 電話番号                                                                                   | 住所：大阪市阿倍野区阿倍野筋 3-12-2-113<br>電話：06-6760-4334 |
| 家族等                      | 緊急連絡先のご家族等氏名                                                                               | (続柄： )                                       |
|                          | 住所                                                                                         |                                              |
|                          | 電話番号①                                                                                      | (続柄： )                                       |
|                          | 電話番号②                                                                                      | (続柄： )                                       |
|                          | 電話番号③                                                                                      | (続柄： )                                       |

### 1 5 協力医療機関等

|          |                                                            |
|----------|------------------------------------------------------------|
| 協力医療機関   | 名 称:医療法人 白心メンタルクリニック                                       |
|          | 所在地: 大阪市阿倍野区阿倍野筋 3-12-2-113 電話 06-6760-4334                |
|          | 名 称: 医療法人 白桜メンタルクリニック                                      |
|          | 所在地: 大阪市平野区加美南四丁目 4 番 48 号 2 階 電話 06-4303-5944             |
| 協力歯科医療機関 | 名 称: 医療法人 あい内科クリニック                                        |
|          | 所在地: 東大阪市花園東町 2-6-35 電話 072-943-1206                       |
| 協力歯科医療機関 | 名 称: ヨシエ総合歯科醫院                                             |
|          | 所在地: 大阪市西区北堀江 2 丁目 2-28 グラントピア西大橋 1 階<br>電 話: 06-6730-9111 |

## 1 6 秘密の保持

|                        |                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | 事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。                                                                                                                |
| 従業者に対する秘密の保持について       | 就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。<br>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務はあります。                                                                                                                    |
| 個人情報の保護について            | 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で利用者の家族の個人情報を用いません。<br>事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 |

## 1 7 身体的拘束等について

|               |                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 身体的拘束等の禁止     | 事業者は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。                                                                                                                                                     |
| 緊急やむを得ない場合の検討 | 緊急やむを得ない場合かは、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員で構成するチームで検討します。個人では判断しません。<br><ul style="list-style-type: none"> <li>・当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。</li> <li>・身体的拘束等を行う以外に代替する介護方法がないこと。</li> <li>・身体的拘束等が一時的であること。</li> </ul> |
| 家族への説明        | 緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとします。                                                                                                                                              |
| 身体的拘束等の記録     | 身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。                                                                                                                                                                                       |

## 1 8 運営推進会議の概要

|           |                                                                                        |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 運営推進会議の目的 | サービス提供に関して、提供回数等の活動状況を報告し、運営推進会議から評価、要望、助言を受け、サービスの質の確保及び適切な運営ができるよう設置します。             |
| 委員の構成     | 利用者代表<br>英田良自治会長<br>アーバンケア島之内職員(地域包括支援センター)<br>あいおいホーム英田管理者、計画担当者<br>利用者の家族代表<br>協力医院長 |
| 開催時期      | おおむね2ヶ月に1回開催します。                                                                       |

## 1 9 高齢者虐待防止

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高齢者虐待防止について | <p>認知症対応型共同生活介護事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。</p> <p>(1) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や技術の向上に努めます。</p> <p>(2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。</p> <p>(3) 従業者が支援に当たっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> <p>(4) なお、当該事業所従業者等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、法の定めるところにより、速やかにこれを市町村に通報するものとします。</p> <p>通報窓口 東大阪市福祉部高齢介護室 地域包括ケア推進課<br/>電話番号：06-4309-3013</p> |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 2 0 苦情相談機関

|            |                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所苦情相談窓口  | <p>担当者 大野寿子</p> <p>連絡先 080-9302-3214</p> <p>受付時間 午前10時から午後5時</p> <p>また、苦情受付箱（意見箱）を事業所受付に設置しています。</p>                                                                                                                                        |
| 事業所外苦情相談窓口 | <p>東大阪市役所福祉部法人・高齢者施設課</p> <p>連絡先 東大阪市荒本北1丁目1番1号</p> <p>TEL 06-4309-3315・06-4309-3340</p> <p>FAX 06-4309-3848</p> <p>Email <a href="mailto:hojin@city.higashiosaka.lg.jp">hojin@city.higashiosaka.lg.jp</a></p> <p>受付時間 9時～17時30分（土日祝休み）</p> |
|            | <p>大阪府国民健康保険団体連合会 介護保険課</p> <p>連絡先 大阪市中央区常磐町1丁目3番8号中央大通 FN ビル</p> <p>TEL 06-6949-5418</p> <p>FAX 06-6949-5417</p> <p>受付時間 9時～17時（土日祝休み）</p>                                                                                                 |
|            | <p>大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会<br/>「福祉サービス苦情解決委員会」</p> <p>連絡先 大阪市中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階</p> <p>TEL 06-6191-3130</p> <p>FAX 06-6191-5660</p> <p>受付時間 10時～16時（土日祝休み）</p>                                                                           |

## 2 1 第三者評価実施状況について

|        |                                                                                |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 結果開示状況 | <p>ホームページにて公開</p> <p>URL <a href="https://sinsir.jp">https://sinsir.jp</a></p> |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|

## 重度化対応・看取り介護指針

### 1, 重度化対応・看取り介護を行う事業施設

株式会社シンシア      あいおいホームグループホーム英田

### 2, 重度化対応・看取り介護についての基本理念

入居者の重度化に伴い、終末期を終の住処として重度化対応・看取り介護を希望された方に対し、重度化対応・看取り介護を行うために主治医と連携し、適切な介護空間において、身体的および精神的ケアや、痛みや苦痛を緩和する介護技術を獲得した看護・介護職員による看取り介護を、可能な限り住み慣れた施設で受けることができるように最大限に努め、これらを持って尊厳ある重度化対応・看取り介護を目指します。

### 3, あいおいホームグループホーム英田における重度化対応・看取り介護の具体的支援内容

#### ①身体状況の変化の把握

各職種からの情報収集により、食事摂取状況や日常生活動作、バイタルサインの確認などにより早期の発見と対応に努める。

#### ②各職種（介護支援専門員・医師・看護職・介護職などの参加によるカンファレンスを開催して介護・看護について計画書の修正あるいは変更を行う。

#### ③主治医より、病状の説明を行い、今後の治療方針（インフォームドコンセント）と、希望する終末期をイメージする支援を行う

\*医療機関に入院することを希望された場合は、入院に向けた支援を行うと同時に、入院期間中における居住費等について明確にする。

#### ④ご本人とご家族の意向を踏まえ、重度化対応・看取り介護に向けてプランを作成する。

身体的ケア

：医療体制、点滴・酸素吸入が必要とされる場合の確認とその他の医療処置の確認を行う。

：栄養と水分量の確保（食べる楽しみをどこまで維持し支援できるか）

：清潔（口腔ケア・入浴・部分浴・清拭・必要な被服の更衣や寝床空間の清潔を含む）

：排泄（尿意便意のある方に対する適切な排泄ケアと便秘に関する調整など）

精神的ケア

：疼痛ケア

：コミュニケーション（感情の表出を助ける）を重んじる。

：環境整備（ご本人の趣味の物を置くなどの生活空間、またはプライバシーの確保・室温空調などに関して配慮する）

\*ご家族に対しての支援（精神面や負担感に配慮しながら、十分に看取りの介護に精神面で参加していただけるような支援を行う）宿泊や付き添いに関する支援。

\*看取り介護（ターミナル期）の同意と同意書作成（別紙参照）

#### ⑤看取り介護（ターミナル期）の取り組みと実施。変化する状態に応じた介護・看護についての計画書の修正と変更を行い、ご家族・ご本人へ説明と同意を得る（記録の整備）

#### ⑥臨終時と死後の対応（エンゼルケアその他死装束などの準備・死亡診断書の作成

・葬儀に関する情報提供・遺留品の引き渡しについての検討を行う）

### 4, 看取り介護（ターミナル期）の開始時期について

看取り介護（ターミナル期）の開始は、医師により、医学的知見において、回復の見込みがないと判断し、ご家族・ご利用者に病状説明および判断内容について説明を行い、利用者、もしくはご利用者の意思を代弁できる者が終末期を当該施設で過ごすことの同意を受けて実施するものとする。

### 5, 重度化対応・看取り介護における医療連携体制について

24時間オンコール連絡ルートを明確にし（看護職員との連携体制）それら理解を助ける体制マニュアルを整備する。

- 6, 全職員が、重度化対応・看取り介護に関する共通認識を持ち、一定の研修を設ける。
- : 重度化対応・看取り介護の実践に係る知識と理解
  - : 苦痛に関する緩和ケア・精神的ケア
  - : 重度化対応・看取り介護の介護方法および技術
  - : 緊急時対応、および急変時の連絡ルートへの理解
  - : 報告・記録の整備
  - : 看取り介護（ターミナル期）におけるインフォームドコンセントについて
  - : 状態観察（バイタルチェックなど）、看取り介護（ターミナル期）における死の看取り
  - : 看取り介護（ターミナル期）におけるエンゼルケア
  - : 死亡診断書について、手続き等に関する理解
  - : 儀礼上の留意事項
  - : 葬儀に関する情報提供について
  - : 遺留品・金品の引き渡し事項について

7, 入院・外泊期間中における居室確保と居住費などの取り扱いを重要事項説明書に記載する。

8, 責任者を明確にする。

|                 |                         |
|-----------------|-------------------------|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和      年      月      日 |
|-----------------|-------------------------|

上記の内容について「指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 34 号）」第 108 条により準用する第 9 条（「指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 36 号）」第 64 条により準用する第 11 条）の規定にもとづき、利用者に説明を行いました。

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 事業者所在地 | 東大阪市大蓮北 2 丁目 1 番 2 7 号 |
| 事業者法人名 | 株式会社シンシア               |
| 法人代表者名 | 代表取締役 島田夏代 印           |
| 事業所名称  | あいおいホームグループホーム英田       |
| 説明者 氏名 | 印                      |

私は、本説明書にもとづいて、重要事項の説明を確かに受けました。

|                |                             |
|----------------|-----------------------------|
| 利用者 住 所        |                             |
| 利用者 氏 名        |                             |
| 利用者の家族・代理人 住 所 |                             |
| 利用者の家族・代理人 氏 名 | (続柄：                      ) |

# 個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1. 使用目的

(1)介護サービスの提供を受けるにあたって、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

(2)上記(1)のほか、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者若しくは介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。

(3)現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2. 個人情報を提供する事業所

(1)居宅サービス計画若しくは介護支援計画に掲載されている介護サービス事業所。

(2)病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

### 3. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間。

### 4. 使用する条件

(1)個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者にもれることのないよう細心の注意を払う。

(2)個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

利用施設：あいおいホームグループホーム英田

(利用者) 住所：

氏名：

(家族・代理人)住所：

氏名：